BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2010

Québec

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2010

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
sur le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011
ISBN 978-2-550-61020-5 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-61021-2 (version PDF)
ISSN 1913-245X (version imprimée)
ISSN 1913-2468 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2011

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Monsieur Yvon Vallières
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport des activités des coroners pour l'année civile 2010.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Le ministre de la Sécurité publique,
Robert Dutil

Québec, avril 2011

Monsieur Robert Dutil
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport des activités des coroners pour l'année civile 2010, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 11 février 2011.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Le coroner en chef
D^re^ Louise Nolet

Québec, mars 2011

TABLE DES MATIÈRES

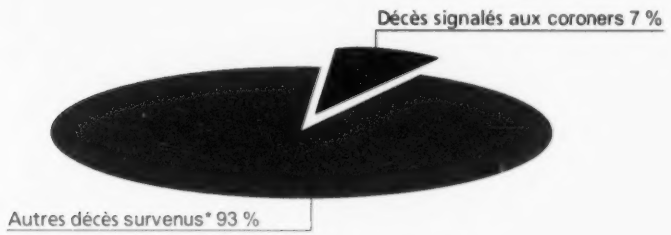
Les investigations 7
Les décès signalés aux coroners 7
Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 8
Les copies de rapports transmises sur demande 9
Les autopsies et les examens de laboratoire 10
Quelques rapports d'investigation déposés en 2010 11
Les enquêtes 15
L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 15
Les enquêtes en cours au 31 décembre 2010 16
Les rapports d'enquête déposés en 2010 17
Les recommandations et leur traitement 20

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

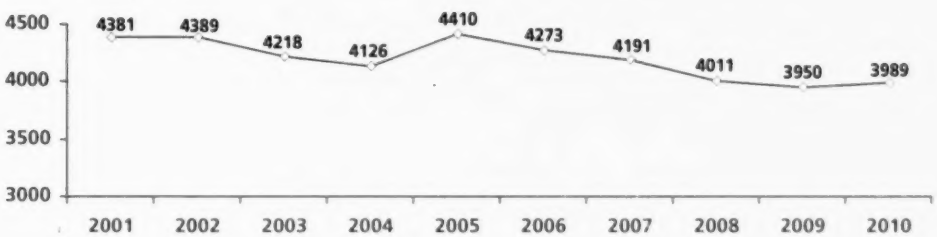
En 2010, 3 989 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7 % de tous les décès survenus au Québec en 2010. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (72,1 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2010 sur l'ensemble des décès survenus au Québec

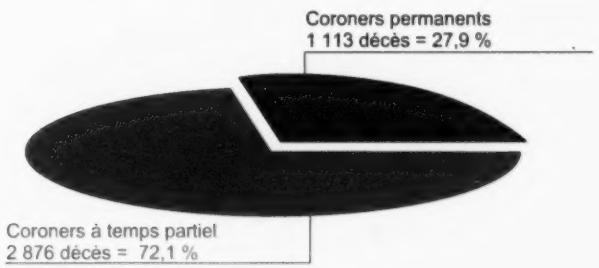


* Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2007 à 2009

Évolution des décès signalés aux coroners de 2001 à 2010



Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2010



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2010. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (62,3 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (24,3 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (8,7 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,9 %). Les autorisations d'entrée de corps incluent 24 décès survenus lors du séisme de Haïti en janvier 2010. Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2010

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes	2 484	62,3
Causes médicales indéterminées	968	24,3
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	349	8,7
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	36	0,9
Autres raisons ou raison inconnue	152	3,8
Total des décès signalés	**3 989**	

LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations amorcées de 2007 à 2009, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ 10 mois.

Sur les 3 989 décès signalés en 2010, 1 318 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 31 décembre 2010. Il restait donc, à cette même date, 2 671 décès en cours d'investigation, soit 67 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation concernant les décès signalés en 2010

ÉTAT DES RAPPORTS AU 31 DÉCEMBRE 2010	NOMBRE	%
Rapports terminés	1 318	33,0
Rapports non terminés	2 671	67,0
Total des décès signalés	**3 989**	

Les investigations conclues en 2010

Un total de 4 121 investigations ont été conclues en 2010, dont 2 923 (71 %) par des coroners à temps partiel et 1 198 (29 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation de ces rapports selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours d'années différentes, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Investigations conclues en 2010 selon le type de décès

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE	%
Décès de cause naturelle	1 398*	33,9
Traumatisme non intentionnel	1 339	32,5
Suicide	1 208	29,3
Homicide	84	2,0
Décès traumatique d'intention indéterminée	67	1,6
Décès de cause indéterminée	25	0,6
Total des investigations conclues	**4 121**	

* Incluant 366 sorties de corps

LES COPIES DE RAPPORTS TRANSMISES SUR DEMANDE

En 2010, le Bureau du coroner a transmis 15 212 copies de rapports de coroners demandées par les corps policiers, les hôpitaux, les familles, les représentants des médias et par les tiers intéressés, soit une hausse de 30 % par rapport à 2009.

LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2010.

Des autopsies ont été ordonnées pour 34,8 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 1 388 autopsies. Elles sont pratiquées soit dans des hôpitaux, soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Les analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données provisoires pour 2010 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners pour la moitié des décès signalés. Elles sont pratiquées soit au Centre de toxicologie du Québec (INSPQ), soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (3,5 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%[1]
Autopsie	1 388	34,8
Toxicologie	2 007	50,3
Autres expertises	140	3,5

[1] Les pourcentages sont calculés sur les 3 989 décès signalés en 2010.

QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2010

Les risques liés aux activités sur une banquise

Deux randonneurs décèdent par noyade lorsque la glace du fleuve cède sous leurs pieds à Rimouski.

Le couple et un ami marchent en raquettes pour se rendre à l'île Saint-Barnabé. Soudainement, la glace cède et les trois personnes tombent dans l'eau froide. Seul l'ami du couple réussit à sortir de l'eau. Une personne entend ses cris de détresse et les secours sont demandés. Puisque la glace est mince, un hélicoptère doit être appelé en renfort pour localiser les victimes.

Le coroner juge que l'exploitation sécuritaire d'une banquise devrait inclure un système d'information adéquat au sujet des marées et de l'épaisseur de la glace ainsi que l'équipement nécessaire à une intervention rapide auprès des personnes en détresse. Il adresse ses recommandations à la Ville de Rimouski.

Des soins de qualité passent par une meilleure organisation

Une femme de 42 ans décède d'une rupture d'anévrisme cérébral avec une encéphalopathie anoxique à l'Institut neurologique de Montréal (INM).

La femme est trouvée inconsciente chez elle par son mari. Elle est transportée par ambulance au Centre hospitalier Shawville du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Pontiac. Une numérisation cérébrale montre une hémorragie sous-arachnoïdienne et intraventriculaire importante. On essaie de transférer la patiente au CSSS de Gatineau, Hôpital de Hull, où la demande est refusée faute de lits disponibles aux soins intensifs. Un transfert à l'Hôpital d'Ottawa est également refusé. Après plus d'une heure de démarches infructueuses, le transfert est finalement accepté à l'INM. Le neurologue de l'INM demande aux médecins du CSSS de Gatineau et de l'Hôpital d'Ottawa de procéder à la vidange des ventricules cérébraux avant le long transfert, puisqu'il y a urgence d'intervenir. Les deux hôpitaux refusent. La patiente arrive à l'INM mal en point : ses pupilles sont dilatées et fixes, et elle présente des signes importants d'ischémie cérébrale. Elle décède quelques heures après son admission.

Le coroner recommande à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et au Centre de santé et de services sociaux de Gatineau d'élaborer ou de consolider des corridors de transfert pour des services de soins intensifs mieux organisés. Il pense aussi que le Collège des médecins du Québec devrait étudier ce cas qui soulève la problématique du médecin aux prises avec un manque de ressources dont les conséquences peuvent être dramatiques.

Mieux former les policiers à la conduite d'urgence

Une policière de 21 ans effectue sa première intervention d'urgence à haute vitesse sur l'autoroute 20 à Lévis. Les gyrophares de son véhicule sont allumés. Alors qu'elle effectue un dépassement dans un léger virage vers la gauche, elle perd la maîtrise de son véhicule et heurte le pilier d'un viaduc. Elle décède des suites de cette collision.

La policière avait réussi une formation de conduite de véhicule de police d'une durée de 24 heures avec mention de corriger sa conduite lorsqu'elle s'engage dans un virage. Le coroner recommande au ministère de la Sécurité publique d'élaborer et d'uniformiser les procédures à suivre dans la conduite d'urgence à haute vitesse, d'en prescrire l'enseignement dans un centre de formation avancée pour les nouveaux policiers et d'envisager une formation continue obligatoire annuelle en conduite d'urgence pour tous les corps policiers.

La problématique grandissante des punaises de lit

Une femme de 62 ans décède d'un polytraumatisme craniocérébral, thoracique et pelvien après avoir sauté du 17e étage de l'immeuble où elle habitait.

La femme est traitée pour trouble bipolaire et personnalité limite. Elle souffre également de dépendances prononcées à l'alcool et aux jeux de hasard, et connaît des épisodes suicidaires depuis plusieurs années. Lorsqu'elle découvre la présence inextinguible de punaises de lit dans son domicile, croyant à tort ou à raison qu'elle ne peut résilier son bail, la femme est au comble du désespoir et décide de s'enlever la vie.

Cette investigation a le mérite d'avoir mis au jour une problématique grandissante mais méconnue, celle des punaises de lit. Le coroner souligne que l'Internet regorge de témoignages de gens aux prises avec une infestation de punaises de lit et que les répercussions de telles infestations sur la santé mentale ne font que commencer à émerger. En outre, la problématique des punaises de lit plus ou moins imaginaires est fréquemment relevée par les psychiatres chez les personnes fragilisées par des problèmes de névrose ou de psychose.

Les risques associés à la consommation de stupéfiants en milieu de travail

Un homme de 32 ans travaille sur le chantier de construction d'une usine alors qu'il est sous l'influence de la méthamphétamine. Avec deux autres ouvriers, il pose un tablier métallique de toit sur la partie basse d'un bâtiment. Puisqu'ils opèrent à une hauteur d'environ 10 mètres au-dessus du sol, les trois travailleurs portent un harnais et sont attachés de manière sécuritaire et conforme à la réglementation en vigueur. Sans raison apparente, l'homme détache tout à coup le cordon de son harnais tout en continuant de se déplacer. Il pile sur des matériaux et les fait basculer, ce qui l'entraîne dans une chute mortelle.

Le coroner conclut que le jugement altéré de l'homme l'a probablement poussé à commettre le geste inexpliqué de détacher son harnais de sécurité. Il rappelle que la consommation de méthamphétamine, une drogue psychostimulante qui provoque une euphorie, et qui crée une accoutumance et une dépendance, amène les usagers à prendre des risques inconsidérés.

Décès consécutif à l'effondrement d'un stationnement souterrain

Un homme de 36 ans décède d'une asphyxie positionnelle lorsque son véhicule est écrasé par une dalle de béton dans un stationnement souterrain d'un immeuble de Montréal.

L'homme est dans sa voiture à l'intérieur du stationnement souterrain au moment où une dalle de béton se détache et tombe au sol en écrasant la voiture. L'homme est extrait de sa voiture trois heures après l'effondrement et le décès est constaté sur les lieux. L'autopsie confirme que, dans la position où il a été trouvé, l'homme ne pouvait plus respirer.

L'investigation de la coroner a démontré que les défauts de construction et d'entretien du stationnement, y compris des réparations inadéquates, ont été déterminants dans l'effondrement de la dalle. Ainsi, la coroner recommande à la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) de prévoir, dans l'élaboration du chapitre Bâtiment du Code de sécurité, des mesures spécifiques (inspections, vérifications, programmes d'entretien) que les propriétaires devront respecter sous peine de sanctions. Du même coup, elle recommande d'accroître les activités de sensibilisation auprès des propriétaires de stationnements souterrains relativement à leurs obligations et d'élaborer une grille d'entretien et d'inspection des bâtiments, notamment des stationnements souterrains. Enfin, elle recommande à la RBQ de faire connaître l'existence d'une ligne sans frais permettant de recevoir les signalements des citoyens.

Prévenir les dangers découlant du vieillissement des immeubles de grande hauteur

Une femme et son conjoint sont attablés dans la verrière du restaurant Mikasa Sushi Bar, au rez-de-chaussée de l'hôtel Residence Inn Montreal Downtown, en bordure de la rue Peel à Montréal. Un panneau de béton préfabriqué se détache soudainement du 18e étage de la façade de l'hôtel, tombe sur le toit de la verrière du restaurant et écrase mortellement la femme.

D'une part, l'investigation a révélé que le travail d'installation des panneaux de béton ancrés à la charpente du bâtiment n'a pas respecté les spécifications du fabricant et du concepteur. D'autre part, elle a mis en relief les déficiences des pratiques actuelles en matière d'entretien des immeubles en hauteur. De ce fait, le coroner recommande à la ministre du Travail de s'assurer que le chapitre Bâtiment du Code de sécurité traite spécifiquement des dispositions encadrant l'entretien des bâtiments et particulièrement des façades. Il recommande par ailleurs au ministre des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire d'inciter les municipalités à adopter, pour les édifices sous leur juridiction, les dispositions prévues à ce futur chapitre.

Dans le même esprit, le coroner recommande à la Régie du bâtiment du Québec d'identifier et de répertorier, avec ses partenaires municipaux, les immeubles de cinq étages et plus sur le territoire québécois afin de sensibiliser leurs propriétaires aux dangers qu'une façade laissée à elle-même sans entretien régulier peut engendrer. À l'Office des professions du Québec et au ministre de la Justice, le coroner recommande de réviser la Loi sur les ingénieurs et la Loi sur les architectes afin que l'érection de tout bâtiment complexe ne puisse se faire sans une surveillance de chantier effectuée par l'un de ces professionnels.

Enfin, il recommande au maire de la Ville de Montréal de soumettre, pour adoption au Conseil municipal, un règlement visant l'inspection et l'entretien préventif des bâtiments de grande hauteur.

Eau du robinet : attention, ça brûle!

Un homme de 94 ans décède d'insuffisance respiratoire aiguë secondaire à des brûlures subies au centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) le Manoir de L'Ouest de L'île, à Pierrefonds.

Évalué comme étant à haut risque de chute, l'homme se rase pourtant seul dans sa salle de bain. Une perte d'équilibre provoque vraisemblablement sa soudaine chute dans la baignoire. Pour se relever, il s'agrippe au robinet d'eau chaude et l'ouvre accidentellement. Lorsqu'elles le trouvent, les préposées l'aident à sortir. L'homme souffre de brûlures graves et son état se détériore jusqu'au décès.

La coroner souhaite que des actions rapides soient posées pour éviter que la température de l'eau dans les résidences pour personnes âgées demeure trop élevée. En ce sens, elle recommande à la Régie du bâtiment du Québec d'établir une température maximale réglementaire et sécuritaire de l'eau dans les résidences pour personnes âgées et les CHSLD. Du même souffle, elle recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de s'assurer que cette norme est respectée dans tous les établissements qui hébergent des personnes âgées. Enfin, puisque l'investigation a indiqué que les soins donnés aux résidents du Manoir de L'Ouest de L'île semblent inadéquats, la coroner lui adresse cinq recommandations touchant à la fois la température de l'eau, la tenue des dossiers et la qualité des soins.

LES ENQUÊTES

L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2001	11	12
2002	24	32
2003	9	10
2004	2	2
2005	3	4
2006	4	16
2007	5	5
2008	7	7
2009	4	7
2010	2	4
TOTAL	**71**	**99**

En 2010, le coroner en chef a ordonné deux enquêtes publiques portant sur un total de quatre décès. Quatre enquêtes ont aussi été conclues en 2010. Celles-ci avaient été ordonnées au cours des années précédentes. Au 31 décembre 2010, sept enquêtes étaient en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance de l'enquête et le dépôt du rapport, pour les quatre enquêtes conclues en 2010, est de 16 mois.

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2010

NOM / PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	Me Catherine Rudel-Tessier	Laval
Berniquez, Michel Arythmie cardiaque fatale après arrestation par des policiers (2003-06-28)	28 septembre 2004	Me Andrée Kronström	Montréal
Bennis, Mohamed-Anas Altercation avec les policiers (2005-12-01)	4 juillet 2008	Me Catherine Rudel-Tessier	Montréal
Villanueva, Fredy Alberto Blessures causées par balles (2008-08-09)	1er décembre 2008	M. le juge André Perreault	Montréal
Lafrance, Katarina Bébé trouvé sans vie au domicile (2009-01-11)	5 mars 2010	Me Andrée Kronström	Québec
Martin, Jacob Retrouvé décédé dans son lit (2008-11-23)	5 mars 2010	Me Andrée Kronström	Québec
Harvey, Lukas Enfant de 11 mois retrouvé sans vie après une sieste en p.m. (2008-11-18)	26 octobre 2010	Me Andrée Kronström	Québec
Selby, Andrew Noyade dans les eaux de la Rivière rouge (2008-07-12)	16 décembre 2010	Me Jean-Luc Malouin	À déterminer

LES RAPPORTS D'ENQUÊTE PUBLIQUE DÉPOSÉS EN 2010

Une meilleure communication entre organismes pour de meilleurs services aux bénéficiaires

Une femme de 72 ans demeure avec son fils qui prend soin d'elle et lui administre ses médicaments. Hospitalisée à plusieurs reprises pour des problèmes de santé mentale et physique, elle est suivie régulièrement par du personnel de l'Hôpital Charles LeMoyne et par les intervenants du CLSC Kateri (établissement dépendant du CSSS Jardins-Roussillon). Cependant, les relations sont difficiles, car la femme leur refuse souvent l'accès à son domicile. Un psychiatre de l'hôpital fait une demande pour une requête de protection au Curateur public, mais s'aperçoit, cinq ans plus tard, que sa demande n'a pas eu de suite. À ce moment, il est devenu impossible pour les intervenants du CLSC de voir la dame, le fils leur refusant l'accès.

L'année suivante, une infirmière se rend compte que le fils n'a pas fait remplir les ordonnances pharmaceutiques de sa mère depuis plusieurs mois. Quelques jours plus tard, une intervenante du CLSC communique avec les policiers pour leur faire part de son inquiétude. Des patrouilleurs se rendent au domicile, constatent l'insalubrité des lieux, fouillent la maison et découvrent, recroquevillé dans un congélateur fermé à clé, le corps d'une dame âgée.

L'enquête publique a révélé que la femme n'est pas décédée par manque de soins, mais probablement d'une rupture spontanée de l'œsophage. Néanmoins, compte tenu des circonstances chaotiques entourant son décès, la coroner recommande à l'hôpital Charles LeMoyne, au CSSS Jardins-Roussillon et au Curateur public de développer de meilleures communications entre eux dans le but d'assurer un suivi plus serré des bénéficiaires.

L'importance vitale de la communication en milieu hospitalier

Un homme de 63 ans au passé médical chargé est bien connu à l'Hôpital Sacré-Cœur (HSC) de Montréal où il a subi plusieurs pontages coronariens et une gastrotomie. Chez lui, il est suivi par des professionnels du CLSC qui s'inquiètent d'une plaie au talon devenue nécrotique. L'homme passe plusieurs examens et un chirurgien de HSC l'informe que son pied doit être amputé, mais que l'opération n'est pas urgente. Il retourne donc à la maison et le CLSC poursuit les soins à domicile.

La plaie au pied est de plus en plus nécrotique et malodorante; elle doit absolument être traitée. Les chirurgiens vasculaire, orthopédique et cardiaque de l'HSC se renvoient cependant la balle, aucun d'eux ne voulant prendre le patient en charge. De retour à l'HSC, où il passe cinq jours à l'unité d'hospitalisation transitoire alors que l'amputation du pied momifié est prévue quelques jours plus tard, l'état de l'homme se détériore de façon alarmante. Les infirmières tentent sans succès durant plusieurs heures de joindre un médecin. Quand l'homme n'a plus de pouls ni de respiration, des manœuvres de réanimation sont pratiquées, mais les deux défibrillateurs disponibles sont défectueux. L'homme décède et sa dépouille est remise par erreur à une maison funéraire, de sorte que les examens ordonnés par le coroner ne peuvent être réalisés.

De cette enquête, la coroner retient les difficultés majeures de communication qui ont marqué les derniers mois de vie de l'homme qui ne parlait ni ne comprenait le français et l'anglais. Elle recommande notamment à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal d'améliorer son système de suivi des patients, de revoir avec son personnel médical les règles et procédures de transfert des patients de l'urgence en spécialité, d'encourager le recours à un interprète lorsque des problèmes de communication peuvent nuire à la qualité des soins, de rappeler aux médecins leur devoir de répondre rapidement aux appels et de s'assurer qu'ils peuvent être joints, et de remplacer tous les défibrillateurs qui ne respectent pas les standards de qualité et de sécurité en vigueur.

S'outiller pour sauver des vies

Un garçon de 12 ans décède des suites d'une cardiopathie obstructive hypertrophique vraisemblablement compliquée d'arythmie cardiaque.

Trois ans plus tôt, les médecins avaient diagnostiqué chez l'enfant une cardiopathie hypertrophique concentrique ventriculaire gauche. Bien qu'il demeure asymptomatique, le garçon doit recevoir une médication appropriée et limiter ses activités physiques pour ne pas s'essouffler. Un jour, une querelle verbale débute entre deux élèves dans la cour de l'école qu'il fréquente. Il intervient pour défendre une des jeunes filles et reçoit trois à quatre coups dans le dos, puis un coup horizontal à la poitrine. Le garçon se trouve au sol, inconscient. Immédiatement, une enseignante demande d'appeler le 9-1-1 et amorce la réanimation cardiorespiratoire (RCR). Trois minutes plus tard, deux policières arrivent et poursuivent la RCR. Les ambulanciers arrivent sept minutes plus tard et transportent l'enfant au Centre hospitalier de Saint-Eustache où l'on cesse les manœuvres puisqu'il n'y a pas de reprise de l'activité cardiaque et que des atteintes neurologiques sévères et irréversibles sont inévitables.

La coroner conclut que les chances de survie du garçon auraient été nettement meilleures si le personnel de l'école ou les policières avaient eu accès à un défibrillateur externe automatique (DEA). Elle recommande donc à la municipalité de Saint-Eustache, à l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides et au ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur, de faire connaître et de favoriser l'implantation et l'utilisation optimale du DEA. De plus, elle recommande à la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles de cibler les établissements qui devraient se doter d'un DEA et d'inciter les écoles à offrir des formations en RCR aux élèves. Enfin, elle recommande au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport d'inclure l'utilisation du DEA dans les cours de RCR destinés aux étudiants en techniques policières au niveau collégial et d'offrir ce cours bonifié au niveau secondaire.

Le devoir de prudence accru lors des opérations de déneigement

En décembre 2008 et février 2009, quatre piétons perdent la vie dans trois accidents lors d'opérations de déneigement à Montréal. Trois d'entre eux sont des personnes âgées.

L'enquête a démontré que trois facteurs sont essentiellement en cause dans ces décès. D'abord, toutes les victimes se trouvaient dans des angles morts de véhicules routiers lourds, si bien que les conducteurs ne les ont jamais vues avant de les heurter. Ensuite, dans deux des trois accidents, les conducteurs avaient largement dépassé le nombre d'heures de conduite permises par la réglementation en vigueur. Enfin, les obligations du piéton en vertu du Code de la sécurité routière n'ont pas été respectées dans un des accidents puisqu'un passage pour piétons clairement identifié était présent à moins de 50 mètres du lieu de l'accident.

Le coroner recommande à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et au ministère des Transports du Québec, en collaboration avec la Ville de Montréal, de continuer les études entreprises quant à la pertinence d'équiper les véhicules lourds de miroirs convexes ou d'autres dispositifs permettant de réduire les angles morts. Il recommande aussi à la SAAQ de sensibiliser davantage les piétons à la réalité des angles morts des véhicules lourds et à l'importance d'être particulièrement prudents en présence de ces véhicules. Le coroner recommande par ailleurs à la Ville de Montréal d'instaurer, s'il y a lieu, un mécanisme permettant de lire le permis de conduire de tous les travailleurs affectés aux opérations de déneigement et ainsi de contrôler leurs heures de travail. Il estime également que Contrôle routier Québec devrait augmenter de façon significative ses vérifications en entreprise et sa présence lors des opérations de déneigement. Enfin, le coroner encourage le Comité stratégique pour un déneigement sécuritaire à se pencher sur les conséquences des demandes de déneigement dans un court laps de temps.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, associations, ministères ou organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2010, les coroners ont déposé 315 rapports comportant un total de 562 recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent Rapport annuel des activités des coroners n'intègre pas la liste des recommandations, car elle est trop longue pour y figurer. Cependant, les recommandations des années 2001 à 2010 peuvent être consultées sur le site Web du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations des coroners en 2010

TYPE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Traumatisme non intentionnel	337	60,0
Cause naturelle	134	23,8
Suicide et homicide	78	13,9
Décès traumatique d'intention indéterminée	13	2,3
Total	**562**	

Nous cherchons à protéger des vies humaines

Bureau du coroner
Québec